



**Pré Convention PFMP**  
**(Période de Formation en Milieu Professionnel)**  
**A rendre au professeur principal**  
**Bac Pro Accompagnement, Soins et Services à la Personne**

**Identification de l'élève**

Nom : .....

Prénom : .....

Classe :     2<sup>nd</sup> ASSP 1         1<sup>ère</sup> ASSP 1         Tle ASSP1  
                   2<sup>nd</sup> ASSP 2         1<sup>ère</sup> ASSP 2         Tle ASSP2

Les périodes de formation en milieu professionnel s'effectuent dans les établissements de santé, publics ou privés, dans les structures médicosociales accueillant des personnes en situation de handicap (adultes ou enfants) ou des personnes âgées, dans les services de soins ou d'aide à domicile, en école élémentaire auprès d'accompagnant du jeune en situation de handicap, dans des établissements d'accueil du jeune enfant (micro-crèche, halte-garderie, multi-accueil) **uniquement en 2<sup>nd</sup>ASSP.**  
 Pour tous les lieux de PFMP hors département de l'Oise, une demande de dérogation devra être effectuée auprès de Mme DARTOIS, coordinatrice du secteur sanitaire.

**Adresse de l'établissement scolaire**

8, boulevard du Général de Gaulle  
 60000 Beauvais  
 TEL : 03.44.11.16.00  
[bureaudentreprises@st-vincentdepaul.fr](mailto:bureaudentreprises@st-vincentdepaul.fr)  
<https://saintvincentdepaul-beauvais.fr>

**Identification de l'établissement d'accueil**

Raison sociale : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

Domaine d'activité : .....

N° SIRET : .....

Nom du responsable de la structure : .....

Service d'affectation : .....

**Période de formation**

Du : ..... Au : .....

**Activités qui seront réalisées :**

Soins d'hygiène, de confort et sécurisation des personnes

Activités d'acquisition, de maintien de l'autonomie et de la vie sociale – techniques socio-éducatives et de loisirs

Préparation des collations, des repas, distribution, aide au repas

Techniques d'entretien de l'environnement de la personne

**Horaires de travail : (minimum 32h)**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin						
Après-midi						

Date : ..... Signature et cachet de l'établissement d'accueil :

**Informations tuteur ou responsable de secteur**

Nom : .....

Téléphone : .....

Mail : .....